

BOLETIN DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Miembro de la Alianza de Asociaciones de Salud Pública de las Américas (AASPA) y de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública (WFPHA)



AÑO 2020 - NRO. 32

26 DE NOVIEMBRE 2020

INDICE

1. Datos globales, regionales, nacionales y provinciales de Covid-19.
2. Atención Primaria de Salud: Estrategia o Umbral. **Daniel Esteban Manoukian**
3. Director General de OMS sobre la Covid-19
4. Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina. **OPS/OMS**
5. Comentarios de **Martin De Lellis** al documento OPS sobre desinstitucionalización de la atención psiquiátrica.
6. Plan Nacional de Enfermería. Presentación oficial.
7. En tiempos de estrés, haz lo que importa: Una guía ilustrada
8. Para inscribirse en AASAP. Beneficios por ser miembro
9. Enlaces de interés

Comisión Directiva de AASAP

Julio N. Bello	Presidente
Ana C. Pereiro	Vice
Mirta Levis	Secretaria
Facundo Nahuel Christel	Tesorero
Silvia Necchi	Vocal
Noemí Bordoni	Vocal
Tony Pagés	Vocal



ACTUALIZACION REGIONAL Y GLOBAL

COVID-19 - Informe de la OPS/OMS Argentina. Usted podrá acceder a información actualizada sobre Covid-19 entrando al sitio web de la Representación de OPS/OMS en Argentina:
<http://www.paho.org/arg/coronavirus>

"Evolución diaria de los datos del COVID-19 en Chaco, Corrientes, Argentina y Comparativa semanal Internacional"

Esta información que es elaborada desde el 20 de marzo de 2020, respeta los atributos de un sistema de vigilancia epidemiológica y ha demostrado representatividad y oportunidad especialmente. Este trabajo es realizado desde el Chaco por Fernando Alesso, Contador Público (UNNE) y Mágister en Economía y Gestión de la Salud (ISALUD). Es un gusto informar que a partir de la fecha se publicará con sus actualizaciones diarias en este Boletín. Puede encontrar los datos aquí: www.aasap.com.ar

También podría entrar al sitio del Ministerio de Salud de la Nación (MSN)
www.msal.gov.ar donde encontrará información actualizada sobre Covid-19

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: ¿ESTRATEGIA O UMBRAL?

Por Mg Daniel Esteban Manoukian -
colaboración para el Boletín AASAP

Sin contar con encuestas de opinión recabadas entre trabajadores de salud en general y personal de campo de la salud dedicados a la administración y gestión del sistema de salud en particular, podríamos aventurarnos a sostener que no todos interpretan la expresión “Atención Primaria de la Salud” (APS) de la misma manera.

Entre los enfoques que se priorizan cuando se habla sobre APS probablemente el que refiere a las acciones de salud que se concretan en el punto de contacto entre los equipos de salud y la comunidad asistida, reúne el mayor número de adeptos. A contrapelo de esa mirada, este artículo se propone reivindicar la APS como estrategia y en función de esa postura proponerla como eje vertebrador de un sistema sanitario que requiere en forma urgente medidas concretas que contribuyan a su integración en aras de mejorar su efectividad y equidad.

En la partida de nacimiento de la APS figura un lugar y una fecha. La APS nació en Alma-Ata, Kazajistán (entonces parte de la URSS), en 1978. Ese año el danés Haldfan Mahler, 3° director general de la Organización Mundial de la Salud (1973-1988), logró que se concretara una cumbre mundial en **Alma-Ata**. A pesar del contexto político internacional de un mundo bipolar, con las dos potencias del globo intentando hegemonizar la escena de la Salud Internacional, se logró consensuar una estrategia mundial para mejorar la salud humana, centrada en el objetivo de expandir los cuidados de salud con amplia participación del Estado. Se adoptó un lema que sería algo así como la luz al final del túnel: “*Salud para todos en el año 2000*”.

Definición y concepto de APS a lo largo de 40 años

Atención Primaria de la Salud fue concebida como una estrategia para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, permitiendo el acceso a los servicios inspirados en principios y valores esenciales, desarrollando componentes directrices.

Su definición, y con ello el sentido último de la estrategia, fue cambiando a lo largo del tiempo, en sucesivos intentos por encontrar una que se adecuara a los contextos sanitarios, ambientales, políticos y económicos de distribución del poder globalⁱ. Cuarenta años después de Alma-Ata, en Astaná la actual capital de Kazajistán, se concretó un cónclave mundial en el año 2018 asumiendo la OMS un renovado marco de referencia para la APS.

Escapa al objetivo de este texto analizar el contenido de los enunciados del cónclave de Astaná, pero sí vale destacar que quedó desdibujada la pretensión de alcanzar para todos el nivel de salud más alto posible. Prueba de ello es que el lema ya no es “salud para todos” sino que, entronizando a la cobertura universal de salud (CUS) como táctica sustantiva, asume una versión edulcorada de la estrategia, planteando que la APS cubre la “mayoría” de las necesidades de salud. La postura se aleja del enfoque de concebirla como el cuidado integral de la salud, que tal como manifestaba Carina Vance al analizar esa declaración, implica sistemas de salud integrados y de calidad con Estados y sociedades que actúan sobre la determinación social de la saludⁱⁱ. Por otro lado, esa declaración genera el riesgo de limitar la APS al primer nivel de atención, que debe ser fortalecido en respuesta a la tendencia hospitalo-céntrica que era un problema hace 40 años y lo sigue siendo, pero que no puede confundirse con

ofrecer a los más pobres solo lo “básico” o “esencial”.

El derrotero del concepto de APS a lo largo de estos 42 años, en suma, muestra sinuosidades, pero resulta oportuno y pertinente enfatizar que la APS es una estrategia transversal al sistema de salud, que tiene perspectiva intersectorial y por lo tanto integradora y se funda en la convocatoria a la participación social plena, tanto en los procesos de diagnóstico, como de diseño, ejecución y monitoreo de las políticas de salud. Por esa razón la APS promueve la salud como componente del conjunto de políticas públicas, rescatando como principios fundantes tres pilares esenciales: **el derecho al nivel de salud más alto posible, la solidaridad y la equidad.**

Actualización de los componentes de la APS

De la declaración de 1978 se desprenden estos componentes como los esenciales de la estrategia de la APS: cobertura total, personal con nuevas actitudes, participación social, articulación intersectorial, programación por necesidades, tecnología apropiada, nuevas modalidades de organización y reorientación del financiamiento. Considerando la historia y actualidad de los sistemas de salud se impone repensar esos componentes. Breves apuntes iniciales sobre cada uno de ellos.

1. **Acceso universal.** Como ya fue mencionado el concepto de cobertura universal apunta a que ningún ciudadano carezca de algún dispositivo que se ocupe de su salud pero alude a una mirada relacionada con la lógica de los seguros y encierra el riesgo de acceso diferencial al derecho incumpliendo el principio esencial de acceso al “nivel de salud más alto posible”.

Acceso universal en cambio, implica apuntar a que toda persona pueda

acceder en forma plena al derecho a la salud sin importar su condición social, económica, cultural o lugar de residencia.

2. **Equipos de salud multidisciplinares.** Las nuevas actitudes que demandaba Alma-Ata no refiere solo a mirar la salud como proceso integral, sino además a valorarlo aprovechando la potencia de la interdisciplina. Adecuar los equipos a las necesidades de cada escenario, propendiendo al desarrollo y la formación continua de todos los trabajadores de salud, considerando a éste como el pilar esencial de todo sistema de salud, merece estar en el foco de atención.

Disponer de estas conformaciones resulta cada vez más difícil, por lo que se impone contemplar la implementación de políticas efectivas con planes y programas que consideren las condiciones de empleo y de ambiente de trabajo operantes en cada territorio^{iii,iv}. Cuestiones como la reducción del pluriempleo, la promoción de regímenes laborales de dedicación exclusiva y dispositivos de cuidado de la salud y seguridad de los trabajadores de salud, deben ser incluidas entre las líneas estratégicas de acción en el marco de la estrategia de APS.

3. **Interculturalidad.** Asumir este componente implica aceptar distintas percepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-cuidado, que operan, se articulan y sintetizan, no sin contradicciones, en las estrategias de atención, las acciones de prevención y curación en contextos pluriculturales. Incluye la participación social reconociendo al otro u otros, como seres dignos de ejercer sus derechos, valorando la diversidad como riqueza potencial.

4. **Políticas públicas coordinadas.** Basadas en la **intersectorialidad** y en la idea de que la construcción de salud excede los límites del sistema sanitario, la APS debe ser facilitador

del diseño de políticas públicas que integren acciones en favor del desarrollo integral de la comunidad.

Desde esta mirada la APS aparece como un punto de convocatoria y estímulo para que cada jurisdicción, municipal, provincial y nacional construya un proyecto integral del que salud como sector es un bloque más que debe articular con otros en forma dinámica.

5. **Planificación y gestión de base epidemiológica.** La APS convoca a establecer un modelo de atención que parte de analizar la situación epidemiológica desde una óptica ampliada, para luego propiciar un proceso continuo de planificación-gestión-evaluación en una espiral ascendente de mejora continua. Los límites de la APS como estrategia no se agotan en el primer nivel de atención, por el contrario se propicia una planificación integral del sistema que desde la base llega hasta la alta complejidad, en un modelo que debe estar bien articulado, involucrando a todos los estamentos del sistema de salud. Desde este punto de vista las direcciones de APS en los ministerios aparecen como una contradicción.

Evaluación de tecnologías sanitarias (ETS). Este componente sostiene la necesidad de incorporar críticamente tecnologías sanitarias entendiendo por tales al conjunto de medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención.

La irrupción de la pandemia por COVID-19 ha dejado expuesta la imperiosa necesidad de contar con herramientas de información, que sirva a la toma de decisiones, en un mundo que se ha vuelto mucho más complejo. En términos generales, la informatización de la Atención Primaria de la Salud ha de permitir: a) la

reingeniería de procesos b) la transformación de datos en información y c) la utilización de la inversión tecnológica como motor de desarrollo.

ETS en APS implica evaluar la seguridad, la eficacia, la efectividad y el costo de las innovaciones propuestas, y al mismo tiempo importa sostener una actitud permanente de actualización en favor de concretar procesos de mejora continua.

6. **Modalidades de organización.** Son partes de este componente la asignación de áreas bajo responsabilidad específica, es decir que cada establecimiento de salud tenga una población a cargo (concepto de Área Programática), que este bien organizado el flujo de pacientes por complejidad creciente con adecuados sistemas de referencia-contrarreferencia. Este enfoque se basa en estimular el trabajo en red que debe incluir a actores públicos y privados, y de distintos niveles de dependencia. Repensar la organización interpela al propio sistema para revisar su funcionamiento incorporando planes de seguridad y calidad integral orientadas a mejorar la atención del paciente y la salud del trabajador de salud.
7. **Sustentabilidad económica.** Implica incorporar los conceptos de costo/eficiencia, costo/efectividad y de costo oportunidad al decidir acciones sanitarias, revisar prioridades y articular recursos, en el contexto de un debate colectivo abierto y sincero. Es también parte de una estrategia transversal a todo el sistema de salud, revisar las implicancias de las estructuras de costos sanitarios para hacer viable y sustentable el acceso universal al derecho.

Pasar de la teoría a la acción

La pandemia ha profundizado en nuestro país las desigualdades e inequidades en salud que ya existían y

que en este contexto aparecen con inusitada crudeza. La APS nos interpela y nos lleva a reconocer que las decisiones políticas y económicas tienen efecto determinante sobre las comunidades, por lo cual aparece una obligación que empieza en los decisores políticos, pero que también incluye a las autoridades sanitarias y a la ciudadanía como conjunto. Actuar sobre la determinación social de la salud, nos conmina a desplegar acciones tendientes a disminuir las desigualdades y alcanzar la equidad sanitaria en el menor tiempo posible.

Una de las lecciones que va dejando la pandemia es que situaciones de excepción como la presente podrían abordarse mejor contando con sistemas de salud integrados, donde todos sus componentes logran articularse vertical y horizontalmente en función del desafío. En ese contexto, desplegar la APS como estrategia transversal a todo el sistema, apelando a accionar cada componente de la misma, aparece como un enfoque apropiado y conducente. La APS no se limita al punto de contacto de la comunidad con el sistema de salud o primer nivel de atención, como se asume frecuentemente al insistir en fortalecer esta estrategia. Tampoco APS refiere solamente a lo rural, como cuando se piensa en acciones destinadas a poblaciones pequeñas o dispersas. La APS es la estrategia que aparece para alcanzar la meta de contar con un sistema que funcione a expensas de articular todos sus engranajes en forma armónica, para ser capaces de ofrecer a cada ciudadano el servicio que requiere en forma oportuna y pertinente de acuerdo a su necesidad.

Durante la pandemia quedó demostrado el valor de la APS como primer contacto entre el sistema de salud y la comunidad asistida. Los lugares que contaban con dispositivos instalados basados en trabajadores que conocen el territorio y los ciudadanos que lo habitan, lograron desplegar acciones efectivas a favor de la salud colectiva. Esos equipos lograron buenos resultados en relación a la pandemia, garantizando la continuidad

del proceso de cuidado, protegiendo integralmente a la comunidad. Si se emerge de esta traumática etapa logrando instalar en la agenda de la política sanitaria la importancia de fortalecer el primer nivel de atención, habremos avanzado algunos casilleros como en el juego de la oca.

Si además, se internaliza entre los decisores políticos la relevancia de caminar hacia un sistema que asuma la APS como estrategia que atraviesa todo el sistema de salud, estaremos mucho más cerca de llegar a la meta. Resulta impostergable abocarse a la tarea de integrar el sistema desde el primer nivel hasta la alta complejidad, de coordinar los niveles de distinta dependencia (municipal, provincial y nacional) pero con objetivos similares, y los ámbitos con diferentes motivaciones pero la misma misión, como son el sector público, el de la seguridad social y el privado.

Es un desafío porque es una empresa ardua, compleja y llena de obstáculos. En más de una oportunidad, como en el juego de la oca, habrá que pasar un turno, e inclusive, verse obligado a retroceder algún casillero, pero se podrá avanzar si se tiene en claro cuál es la meta. En este sentido vale apuntar como conclusión que si lo que se busca es acceso universal al mejor nivel de salud posible, debe necesariamente pugnarse por integrar el sistema. Para ese objetivo la APS aparece como la mejor estrategia. Si solamente se pretende mejorar algo y asegurar un mínimo a todos, la APS como umbral al sistema de salud, será una alternativa válida, pero limitada y se correrá el riesgo de transformarla en un fragmento más de un sistema de múltiples piezas desarticuladas entre sí.

Empezar ahora

Cuando llegamos en 1985 a Neuquén para hacer la residencia de Medicina General nos recibieron varios de los integrantes de la conducción del sistema de salud. Durante una semana que llamábamos cariñosamente “de lavado de cabeza”, aunque hoy más

técnicamente quizás se denominaría de inducción, nos contaron la historia del sistema de salud en Neuquén, sus fundamentos y sus objetivos. Transmitían convicción y pasión. Estoy seguro que esas fueron las primeras semillas que más tarde germinaron en identificación y compromiso con el “plan de salud”. Uno de los médicos egresados de la primera camada de residentes nos dio una de las clases. Ese maestro se llamaba Fernando Leonfanti. Exponía empleando unas filminas artesanales que intercalaban conceptos y algún comentario con humor. La que usaba para terminar la clase decía: “*Mientras tratamos de obtener TODO LO NECESARIO para la organización y la prestación de los servicios ... comencemos a hacer posible lo deseable ... CON LO DISPONIBLE*”. No representa una postura conformista, sino proactiva, que convoca a pelear, avanzar y construir, a partir de lo que tenemos. Es un llamado a la acción. En un sistema fragmentado como el argentino instalar la APS como estrategia vertebradora requerirá:

- Recuperar la planificación de base epidemiológica y la gestión integrando los recursos disponibles de todos los sectores,
- Revisar y modificar la modalidad de pago a los prestadores,
- Reorientar los incentivos, formulando convenios ligados a resultados sanitarios que garanticen la continuidad del proceso de cuidados,
- Establecer metas e indicadores de gestión,
- Asignar población bajo responsabilidad recuperando el concepto de Área Programática,
- Crear redes de atención informatizadas de complejidad creciente, con acuerdos entre entidades de distinto nivel y complejidad, y también de distinta dependencia administrativa,
- Comenzar ese proceso de integración progresiva desde los ámbitos locales empezando con acuerdos efectivos entre el sector público y obras sociales provinciales,

- Adecuar las estructuras edilicias y el equipamiento en el marco de acuerdos de pautas para habilitación y acreditación.

Parece ambicioso, pero siguiendo a Leonfanti, empecemos con lo disponible. La pandemia obligó a articular y coordinar, y con sus más y sus menos, se ensayaron modalidades que apuntan en la dirección de conjugar recursos, poniendo en evidencia la relevancia práctica de esa integración. Aparece en el horizonte cercano el desafío de encarar la **campaña de vacunación** quizás más desafiante de la historia de la humanidad. Habrá que apelar al conocimiento del terreno, a bases de datos de personas a vacunar clasificados por grupo etarios y perfil de salud, a vacunadores entrenados y a entrenar, a personal de distintas instituciones para otras tareas, y en fin a una tarea de coordinación que obliga poner en práctica componentes esenciales de la APS. Puede ser ésta otra oportunidad para empezar a recorrer el camino de instalar definitiva y efectivamente a la estrategia de la APS como eje del sistema de salud.

Referencias.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>

https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Reovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-QPS.pdf

<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>

¹ **Vance, C. (2018)**. De Alma-Ata a Astaná: la Declaración que muestra lo que está en disputa. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Río de Janeiro, Brasil, 2018.

¹ **Esandi ME, Antonietti L, Ortiz Z, Cho M, Duré I, Reveiz L et al. (2020)**. Factores e intervenciones que inciden en las condiciones y medio ambiente de trabajo para incrementar la atracción, captación y retención de recursos humanos en salud en el primer nivel de atención de áreas rurales, remotas o desatendidas. Rev Panam Salud Publica, 2020; 44:e112. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.112>.

¹ **Antonietti L, Ortiz Z, Esandi ME, Duré I, Cho M. (2020)**. Condiciones y medio ambiente de trabajo en salud: modelo conceptual para áreas remotas y rurales Rev Panam Salud Publica, 2020; 44:e111. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.111>.

UNA LUZ AL FINAL DEL TUNEL.

Tedros Adhanom Ghebreyesus

El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom



Ghebreyesus, ha asegurado el lunes 23 de noviembre 2020 que ya se ve "luz al final del túnel" gracias a los resultados que se están obteniendo en los ensayos con las futuras vacunas contra el Covid-19. Y es que [AstraZeneca ha informado en un comunicado que la vacuna](#) (AZD1222) que desarrolla con la Universidad de Oxford ha demostrado una eficacia del 70 por ciento contra la Covid-19. Este anuncio se suma al realizado por la **compañía Moderna y la farmacéutica Pfizer**, quienes han asegurado que la vacuna que están desarrollando presentan una eficacia de más del 90 por ciento.

[DIRECTO | Accede aquí a la última hora sobre el coronavirus Covid-19](#)

"Con las últimas noticias positivas de los ensayos de vacunas, la luz al final de este túnel, largo y oscuro, se está volviendo más brillante. Ahora hay una esperanza real de que las vacunas, en combinación con otras **medidas de salud pública probadas y comprobadas**, ayudarán a terminar con la pandemia", ha dicho Tedros.

En este sentido, el dirigente del organismo de Naciones Unidas ha recordado que en la historia "ninguna vacuna" se ha desarrollado de forma tan rápida, si bien ha destacado la necesidad de que la urgencia con la que se están desarrollando las **diferentes vacunas también se debe tener a la hora de distribuir las de forma "justa"**.

Riesgo de que la vacuna no llegue a los más vulnerables

"Todo gobierno, con razón, quiere hacer todo lo posible para proteger a su población. Pero ahora existe un riesgo real de que los más pobres y vulnerables sean pisoteados en la estampida de las vacunas", ha avisado **el director general de la OMS**, tras recordar la puesta en marcha, el pasado mes de abril, del 'ACT-Accelerator'.

Del mismo modo se ha pronunciado la científica jefe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Soumya Swaminathan, quien ha subrayado la importancia que tiene que haya varios candidatos diferentes a vacunas que **puedan usarse para luchar contra el Covid-19**.

DESINSTITUCIONALIZACION DE LA ATENCION PSIQUIATRICA EN AMERICA LATINA

Tomado de OPS/OMS

OPS presenta nueva publicación sobre desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina [+ Ver en la web](#)

El documento ofrece estrategias para prestar una atención comunitaria eficaz y accesible a las personas con padecimientos mentales en una región donde el 60% del presupuesto en **salud mental** se destina a financiar **hospitales** psiquiátricos

La Organización Panamericana de la **Salud (OPS)** presentó una nueva publicación sobre la desinstitucionalización de la atención psiquiátrica, que ofrece estrategias para transformar la atención de la **salud mental** en América Latina y el Caribe al fomentar el tratamiento de las personas con trastornos de **salud mental** en sus propias comunidades en lugar de en entornos institucionales.

La publicación "Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe de la atención psiquiátrica" fue publicada esta semana en el marco del 30º aniversario de la Declaración de Caracas, un conjunto de principios históricos que marcaron el cambio regional de la atención psiquiátrica institucional a la atención comunitaria.

“La atención comunitaria no solo es la atención más eficaz, también salvaguarda los derechos humanos y la dignidad de las personas con trastornos de **salud mental**”, afirmó la Directora de la **OPS**, doctora Carissa Etienne. “Hemos recorrido un largo camino para alcanzar nuestro objetivo de ofrecer un tratamiento más humano y desinstitucionalizado, pero todavía queda

mucho por hacer. Demasiadas personas están todavía confinadas en instituciones que no les permiten alcanzar su pleno potencial como seres humanos.”

Aproximadamente un 2% del presupuesto en **salud** se destina a la atención de **salud mental** en la Región y cerca de un 60% de este monto se emplea en financiar **hospitales** psiquiátricos. Los países de la Región han fomentado legislación a favor de la transición hacia servicios comunitarios de **salud mental**, pero solo unos pocos países proporcionan residencias comunitarias para personas con trastornos graves de **salud mental**. En los últimos años, la Región ha tenido algunas experiencias fructíferas con la elaboración de planes y regulaciones de externamiento psiquiátrico a nivel nacional y la creación de servicios comunitarios de **salud mental**, que pueden servir de ejemplo para ampliar la atención comunitaria.

Esta publicación sobre la desinstitucionalización psiquiátrica es una compilación de resultados y enseñanzas extraídas de una revisión de la bibliografía existente, de una serie de seminarios celebrados con las autoridades de **salud** de los países y de una encuesta a personas que ocupan puestos de liderazgo en los sistemas regionales de atención de **salud**.

Entre algunos de los obstáculos a los que se enfrenta la desinstitucionalización psiquiátrica se cuenta un presupuesto limitado destinado a la atención de **salud mental**, un número muy bajo de trabajadores de **salud mental**, la promoción desigual de la causa y una grave falta de apoyo político.

Este documento promueve estrategias para:

- obtener un apoyo político sostenido a la

desinstitucionalización psiquiátrica, en el que se incluyan políticas de **salud mental**, leyes, programas y servicios con un enfoque comunitario;

- incrementar la inversión financiera para reestructurar los sistemas de **salud mental** que permitan la desinstitucionalización psiquiátrica;
- fortalecer los servicios de **salud mental** en las comunidades y ofrecer apoyo a la vivienda antes y después de que la desinstitucionalización psiquiátrica tenga lugar;
- integrar la **salud mental** en la atención general de **salud**, especialmente en la atención primaria de **salud**;
- abogar por que se protejan los derechos humanos de las personas con trastornos de **salud mental**; y
- aumentar la concientización general en las comunidades sobre los trastornos de **salud mental**.

El doctor Renato Oliveira e Souza, jefe de Unidad de **Salud Mental** y Consumo de Sustancias de la **OPS**, señaló que “a pesar del compromiso con los principios de la Declaración de Caracas, no hemos avanzado tanto como esperábamos. Sabemos cómo alcanzar la desinstitucionalización psiquiátrica y hay estrategias basadas en la evidencia. Sin

embargo, debemos trabajar con mayor ahínco para conseguir la voluntad y los recursos financieros para ejecutarlas.”

En noviembre de 1990, la **OPS** y la **OMS**, con el coauspicio de instituciones de **salud** internacionales, regionales y nacionales, organizaron la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de **Salud**, celebrada en Caracas, Venezuela. La Declaración de Caracas resultante fue adoptada por 200 participantes de 11 países. El evento de hoy se celebró para reflexionar sobre los avances logrados, transmitir las experiencias nacionales y establecer los próximos pasos para continuar impulsando los procesos de desinstitucionalización psiquiátrica.

Enlaces

Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe de la atención psiquiátrica: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/5302>

COMENTARIOS DEL DR. MARTIN DE LELLIS SOBRE EL ESCRITO DE OPS/OMS REFERIDO A LA “DESINSTITUCIONALIZACION EN SALUD MENTAL: ESTRATEGIAS Y PRIORIDADES”

El Documento “Desinstitucionalización de la atención psiquiátrica en América Latina y el Caribe”, recientemente publicado y difundido por la Organización Panamericana de la Salud, constituye un aporte relevante para continuar impulsando las iniciativas de reforma institucional adoptadas en el campo de la Salud Mental. El capítulo VI identifica cuatro áreas de trabajo fundamentales para actuar en favor de la desinstitucionalización, en torno a las cuales considero oportuno efectuar una reflexión respecto de las potencialidades que ofrece la situación planteada en nuestro país.

a) Una legislación apropiada

En Argentina, la Ley Nacional de Salud Mental (LNSM) sancionada en diciembre del año 2010 constituye una base importante sobre la cual efectuar un abordaje centrado en los procesos de desinstitucionalización, ya que obliga a las instituciones monovalentes a la

adecuación, promueve el fortalecimiento de los servicios especializados en el hospital general -con o sin internación-, insta a la apertura de nuevos dispositivos comunitarios y a mejorar la capacidad de respuesta en el primer nivel de atención.

Basada en un enfoque de derechos que intenta proteger a las personas con enfermedad, discapacidad y/o sufrimiento psíquico de los históricos abusos que se han producido en las Instituciones Totales, ofrece propuestas para la inclusión social, que requieren coordinar las iniciativas del sector salud con las desarrolladas por otros organismos públicos o por instituciones de la sociedad civil.

Aún cuando subsisten encendidos detractores, la LNSM goza hoy de un consenso generalizado en todo el territorio nacional, y se ha constituido en el principal documento orientador de las políticas y planes de salud mental que se han formulado e implementado en el país desde el año 2010 hasta la fecha.

b) Financiamiento y asignación de recursos

Las ampliación, fortalecimiento o creación de servicios sustitutivos implica inversión de recursos para adecuar a las instituciones monovalentes y para habilitar nuevos dispositivos, que a su vez requieren un incremento importante del presupuesto destinado a Salud Mental.

Si bien la LSMN especifica de forma taxativa que el 10% del presupuesto nacional en salud debe ser destinado específicamente a la salud mental, esto dista mucho de cumplirse aún, tanto si se analiza el conjunto de las gestiones desarrolladas a nivel nacional desde el año 2010 a la fecha, como las inversiones de recursos implementadas a nivel jurisdiccional.

Conviene advertir también que introducir mayores recursos seguramente producirá mayores problemas de organización, abrirá nuevos conflictos y tensiones entre los actores y requerirá una gran movilización de esfuerzos para dotar a gestores y profesionales de las capacidades adecuadas para implementar las acciones necesarias.

c) Integración efectiva de la salud mental en los servicios generales de salud

Uno de los problemas endémicos del sistema de atención ha sido la disociación entre los servicios de salud mental y el resto de los servicios de salud. Este problema había sido reconocido ya por Ramón Carrillo, quien proponía crear anexos para enfermos mentales crónicos en hospitales generales, o bien centros de *psiquiatría preventiva* que fueran sustituyendo a lo que entonces denominaba *psiquiatría terminal*, aquella que se implementaba en manicomios y tratando a pacientes que demostraban escasas posibilidades de curación.

Desde la perspectiva de la LNSM, los servicios de salud deberían asegurar la integralidad y continuidad de la atención a través de servicios básicos emplazados en el nivel local, mejorar la accesibilidad a servicios de salud públicos o privados, y disminuir la tan preocupante brecha de tratamiento que afecta a los padecimientos mentales más severos, como la psicosis y los graves trastornos asociados con la dependencia a sustancias psicoactivas.

Si bien estamos aún lejos de constatar una integración efectiva entre servicios de atención, y los dispositivos de base comunitaria no se hallan aún disponibles en cantidad ni preparados técnicamente para sustituir la respuesta asilar, el camino iniciado en diversas jurisdicciones resulta promisorio si logra fortalecerse y consolidarse de modo continuo a lo largo del tiempo.

Para ello, resulta esencial incorporar modalidades de gestión hoy muy deficitarias en Salud Mental, que descansen en el mejoramiento de la calidad, el registro y sistematización de las prácticas, las estrategias de acción territorial que trabajen con una adecuada nominalización

de la población a cargo, las nuevas formas de auditoría y la planificación de los recursos asistenciales desde una perspectiva epidemiológica.

d) La capacitación de los equipos de salud

Las transformaciones institucionales que deben ser adoptadas en todos los niveles de atención deben descansar necesariamente en la práctica de técnicos y profesionales de la Salud Mental, quienes deben basar sus prácticas en un modelo de atención integral e interdisciplinario, con enfoque sanitario y un conocimiento adecuado de las normativas que regulan el campo de la discapacidad y la salud mental.

Para ello no sólo es prioritario que las autoridades sanitarias inicien programas de actualización formativa y capacitación en servicio, sino también establecer acuerdos con las universidades para que estas puedan adecuar en forma permanente sus programas de estudio, tanto a nivel de pregrado como de posgrado.

Uno de los antecedentes importantes, que debería recobrase actualmente, son las Recomendaciones a las Universidades que, en cumplimiento del Artículo 33º de la Ley Nacional, han sido elevadas durante el año 2014 por la Dirección de Salud Mental al Ministerio de Educación y que permitieron, ulteriormente, la participación de delegados universitarios y la producción conjunta de los Lineamientos para la Mejora de la Formación de los Profesionales de Salud Mental, el cual comprendió a las carreras de Medicina, Psicología, Derecho, Enfermería y Trabajo Social.

En síntesis, más allá de que en los últimos años se ha puesto de manifiesto la creciente brecha entre las normativas que consagran derechos y los obstáculos que se interponen para su satisfacción, es posible concretar importantes logros si se profundiza aún más el consenso social, se construye mayor viabilidad política, se fortalecen las capacidades institucionales y se logra disponer de recursos económicos que permitan dotar de factibilidad a las iniciativas propuestas

SALUD PRESENTÓ EL PLAN NACIONAL DE ENFERMERÍA

En el Día Nacional de la Enfermería, que se celebra todos los 21 de noviembre, el **Ministerio de Salud de la Nación** y el Ministerio de Educación lanzaron esta acción para optimizar la formación profesional de enfermeros y enfermeras, que prevé alcanzar a 60.000 nuevos estudiantes para el próximo año.

El ministro de **Salud** de la Nación, **Ginés González García**, junto a su par de Educación, Nicolás Trotta; el secretario general de la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina –FATSA-, Carlos West Ocampo y el secretario de Calidad en **Salud**, Arnaldo Medina, presentaron los lineamientos generales para el nuevo Plan Nacional Enfermería 2020-2024.

Esta iniciativa, articulada entre ambos Ministerios, tiene como objetivo general el desarrollo cuantitativo y cualitativo de la enfermería en el país para la formación integral de los nuevos profesionales, y para el 2021, plantea una mejora de la



formación de 60.000 enfermeros y enfermeras de todo el país.

“De todos los desafíos que tienen los sistemas de **salud** el más importante es el profesional. Y cuando uno encara este desafío, no sólo en el presente, mejorando y capacitando a quien está en servicio, sino programando a futuro y haciendo que Educación y **Salud** trabajen juntos e integrando a los trabajadores mediante los sindicatos, se ve un horizonte muy promisorio”, señaló González García durante la videoconferencia.

El ministro además indicó que “con este plan lo que estamos intentando desde el Estado es hacer una política de recursos humanos, empezando por lo que son los recursos críticos, como son los enfermeros y enfermeras”.

Por su parte, Trotta dijo que “para nosotros es fundamental poder sostener el trabajo que se está desarrollando a partir del PRONAFE y el INET. Estado y trabajadores buscando los caminos necesarios que permitan dar las respuestas para fortalecer la formación y el camino que tenemos que transitar de cara al futuro”.

El plan tiene como objetivos el desarrollar instancias de formaciones de posgrado con especificidad temática y epidemiológica por regiones, en articulación con universidades, y colaborar con la formación de profesionales en los ámbitos en los cuales se están desarrollando laboralmente.

En otro orden, está previsto formar a profesionales atravesados en su educación por siete diplomaturas superiores universitarias en problemáticas prevalentes según cada región, un programa de fortalecimiento de las residencias nacionales, un programa de prácticas avanzadas en enfermería de Atención Primaria y capacitaciones en simulación clínica, catástrofes, bioética, géneros, derechos humanos y **discapacidad**.

Asimismo busca crear programas de formación continua y de prácticas avanzadas para el primer nivel de atención, construir nuevos indicadores de calidad en los procesos de enfermería e implementarlos en los servicios, así como optimizar el rol de enfermería en los equipos de **salud**.

En el marco del Programa Nacional de Formación de Enfermería, que depende del Instituto Nacional de Educación Tecnológica (INET) del Ministerio de Educación, 8.000 estudiantes se encuentran en condiciones de egresar de 3er año. Sin embargo, debido a la pandemia no pudieron realizar las prácticas correspondientes, por lo que entre diciembre y abril próximos van a ser completadas mediante diferentes modalidades, por lo que estarán en condiciones de su titulación de nivel técnico en el segundo trimestre de 2021.

También fueron de la partida el secretario de Políticas Universitarias, Jaime Perczyk; la subsecretaria de Calidad, Regulación y Fiscalización, Judith Díaz **Bazán**; el director nacional de Talento Humano y Conocimiento, Pedro Silberman; la directora de Enfermería, María Gómez Marquisio; el coordinador nacional del Programa Nacional de Formación de Enfermería –PRONAFE–, Gabriel Muntaabski; y el director ejecutivo del Instituto Nacional de Educación Tecnológica, Diego Golombek. Fuente: Prensa - **Ministerio de Salud de la Nación**

EN TIEMPOS DE ESTRÉS, HAZ LO QUE IMPORTA: UNA GUIA ILUSTRADA

Fuente: Sitio web de la OMS

Se trata de una interesante publicación sobre el tema de estrés y la forma de abordarlo. Lo puede acceder en idioma español.

https://www.who.int/publications/i/item/9789240003927?qclid=CjwKCAiA-L9BRBQEiwA-bm5fr4G-isVwhDHOIPBYRt4XpAgnwwiuBPRsxUNlwVj0fUSpS5OiYggwBoCW7kQAvD_BwE

NOTICIAS DE INTERES

Coronavirus: la OMS, a la caza del caso cero. "Identificar el primer caso es importante en una investigación epidemiológica", advirtieron. <https://www.pagina12.com.ar/307634-coronavirus-la-oms-a-la-caza-del-caso-cero>

La OMS, EEUU, Reino Unido e Italia, los máximos protagonistas este lunes de la pandemia mundial. Con los últimos resultados prometedores de los ensayos en fase final de vacunas candidatas, "la luz al final del túnel brilla ahora más fuerte", declaró el director general de la Organización Mundial de la Salud, Tedros Adhanom Ghebreyesus. <https://www.telam.com.ar/notas/202011/536168-la-oms-eeuu-reino-unido-e-italia-los-maximos-protagonistas-hoy-de-la-pandemia-mundial.html>

La OMS consideró "extremadamente importante" rastrear el origen del COVID-19 dentro de China. La demora de meses en el inicio de esta investigación ha generado críticas de investigadores de salud pública y líderes mundiales como Donald Trump, que han acusado a la organización de ser demasiado respetuosa con los deseos del gigante asiático. <https://www.infobae.com/america/mundo/2020/11/24/la-oms-considero-extremadamente-importante-rastrear-el-origen-del-covid-19-dentro-de-china/>

Unicef se alista para el transporte de las vacunas contra el coronavirus en 92 países. Esta agencia de la ONU, junto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Asociación de Transporte Aéreo Internacional (IATA), ya informaron a las principales aerolíneas del mundo sobre los requisitos de capacidad esperados. <https://www.telam.com.ar/notas/202011/536124-unicef-se-alista-para-el-transporte-de-las-vacunas-contra-el-coronavirus-en-92-paises.html>

Los países del G20 pidieron un "esfuerzo global" para facilitar el acceso a las vacunas contra el coronavirus. Justo antes del inicio de la cumbre, el secretario general de Naciones Unidas, António Guterres, dijo que "hay un déficit de 28.000 millones (de dólares), de los cuales 4.200 millones serán necesarios antes de finales de año" para financiar el ACT-Accelerator, un programa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para garantizar que los países ricos no monopolicen los tratamientos, las pruebas o las vacunas. <https://www.lavoz.com.ar/ciudadanos/paises-del-g20-pidieron-un-esfuerzo-global-para-facilitar-acceso-a-vacunas-contra-coronav>

Guterres brindó un mensaje apelando a la solidaridad frente al Covid-19. El Secretario General de la ONU explicó que durante su participación en la Cumbre virtual del G20, dará un mensaje simple en el que destacará la urgencia de que la recuperación de la pandemia sea inclusiva y sostenible. <http://www.nuevodiarioweb.com.ar/noticias/2020/11/21/273573-guterres-brindo-un-mensaje-apelando-a-la-solidaridad-frente-al-covid-19>

PARA INSCRIBIRSE EN LA ASOCIACION ARGENTINA DE SALUD PUBLICA (AASAP)

Procedimiento:

Para integrar la AASAP como miembro ordinario o adherente es necesario llenar el formulario de suscripción y abonar la cuota correspondiente una vez haber sido admitido. Es conveniente recordar que el interesado debe tener más de 21 años, y estar identificado con los objetivos de la AASAP. El procedimiento institucional es el siguiente: una vez recibida la solicitud de



inscripción, la Comisión Directiva -tal como determina el estatuto de nuestra entidad- decidirá si acepta o rechaza el ingreso sin obligación de manifestar las causas de su decisión en este último caso. Formulario de inscripción: [Acceda aquí haciendo clic](#)

INVITACION

Invitamos a todos los miembros de la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP), así como a otros profesionales que deseen colaborar, para nos envíen sus reflexiones sobre algún tema de interés en el campo de la salud pública, tanto en el ámbito nacional como regional o global. Las mismas serán consideradas por la Comisión Directiva de AASAP para su eventual publicación en este boletín que circula semanalmente

Links de interés: Ministerio de Salud de la Nación www.msal.gob.ar ; Organización Mundial de la Salud www.who.int; Organización Panamericana de la Salud www.paho.org ; Naciones Unidas www.un.org ; Foro del Sector Social www.forodelsectorsocial.org.ar



Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP www.aasap.com.ar . Correo electrónico de la AASAP: aasaludpublica@gmail.com ; estatutos de la AASAP: [Estatutos](#) www.facebook.com/aasaludpublica

¡¡¡RECORDATORIO IMPORTANTE!!!
Se recuerda a todos los miembros de AASAP que el pago de sus cuotas societarias deben hacerlo en Banco Santander CBU 072079302000000044536 - Cuenta Corriente 793-00445.3

¿Conoce usted los beneficios por ser miembro de la AASAP?

- Recibir información actualizada sobre los principales contenidos de la agenda sanitaria nacional e internacional, así como sobre sus principales debates, estrategias y acuerdos para solucionar los problemas locales y globales que afectan la salud y el bienestar de las personas.
- Optar por becas, premios o proyectos que la AASAP identifique y que resulten de interés individual o institucional de sus miembros.
- Disponer de un espacio de interacción profesional con otros colegas que han tenido y mantienen un compromiso por el desarrollo y fortalecimiento de la salud pública argentina.
- Opinar, sugerir, consultar, dentro de los espacios organizativos de la AASAP, sobre asuntos de interés personal, institucional o profesional que atañen a las políticas y programas de salud pública en el país.
- Participar en eventos nacionales, provinciales o municipales, de diferente naturaleza, donde la AASAP funja como auspiciante, organizadora o co – organizadora de los mismos.
- Recibir documentos e informes técnicos sobre una variada gama de asuntos en el campo de la salud pública.
- Publicar artículos de opinión, u otros trabajos científicos, en espacios que disponga la AASAP (boletines, sitio web, u otros).
- Contribuir como docente en actividades de capacitación y/o formación de personal de salud en las que la AASAP haya comprometido su participación.
- Recibir noticias sobre eventos nacionales e internacionales que la AASAP considere que podrían resultar de interés individual o institucional de sus miembros.
- Recibir el auspicio o apoyo de la AASAP para actividades científicas que sean organizadas y conducidas por sus miembros o instituciones de pertenencia, en el marco de los objetivos, valores y principios de trabajo de la AASAP, tal como establecen sus estatutos.
- Organizar subredes asociativas territoriales (provinciales o municipales) de trabajo en el campo de la salud pública.